

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1900

No

360

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900, à 1 heure.

PAR

A. LANDRON

SUR LE TRAITEMENT

DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

Par le raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds

(PROCÉDÉ DE WYLIE)

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. JALAGUIER, agrégé.
WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

360

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 11 mai 1900, à 1 heure.

PAR

A. LANDRON

SUR LE TRAITEMENT

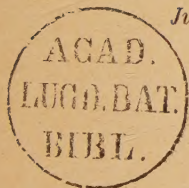
DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

Par le raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds

(PROCÉDÉ DE WYLIE)

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. JALAGUIER, agrégé.
WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.*



PARIS

VIGOT FRÈRES ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TERRIER.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Nos études médicales terminées, nous sommes très heureux de pouvoir remercier tous nos maîtres du savant enseignement dont ils nous ont fait profiter, et aussi de la grande bienveillance qu'ils ont toujours eue envers nous.

Qu'il nous soit permis, tout d'abord, d'exprimer à M. le professeur Monprofit, notre profonde gratitude pour la marque de confiance qu'il nous a témoignée en nous donnant les observations recueillies dans son service et qui ont été le point de départ de notre thèse.

Nous tenons à remercier M. le docteur Legludic, directeur de l'École de médecine d'Angers, de l'intérêt qu'il a bien voulu nous manifester durant nos études.

Nous n'oublierons pas que M. le docteur Bahuaud fut notre Professeur à l'École de médecine d'Angers, mais nous nous souviendrons surtout qu'il fut notre médecin et celui de notre famille pendant de longues années, qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Que M. le docteur Budin, Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Petit, médecin à l'hôpital de la Charité, et nos maîtres à l'École d'Angers, les docteurs Feillé, Jagot, Mâreau, Thibault, Charier, Tesson, Boquel et Cocard

veuillent bien recevoir aujourd'hui nos meilleurs remerciements.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui sommes très reconnaissant du grand honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

Les divers traitements que l'on peut opposer aux rétro-déviationes utérines ont été pour la majeure partie étudiés avec détails et les nombreuses observations publiées tant en France qu'à l'étranger ont permis de se faire une idée précise de la valeur des principaux d'entre eux. Il en est en revanche qui, préconisés plus récemment, semblent avoir été peu appliqués. Nous voulons parler ici du « Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds ».

« Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, disent MM. Labadie-Lagrave et Legueu (1) a été peu pratiqué : le peu d'enthousiasme qui a accueilli cette opération témoigne déjà du peu de confiance qu'elle inspire ».

Cette opinion justifiée si on l'applique aux chirurgiens français est peut-être moins fondée, si l'on considère les travaux des opérateurs étrangers.

En Amérique les noms de Wylie, Dudley, Polk, Franck, en Italie celui de Ruggi, en Allemagne celui de Bode se rattachent à la question et ils furent les premiers à traiter par le raccourcissement des ligaments ronds, les rétro-déviationes utérines.

(1) Traité de gynécologie, 1898.

Pendant l'année 1897, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Monprofit deux cas de rétro-déviations de l'utérus qui furent traités par ce procédé.

Huit fois depuis la même intervention a été pratiquée par notre Maître dans des cas analogues, et c'est à propos des dix observations qui nous ont été si obligeamment confiées que nous essayerons de tirer quelques conclusions.

Notre but dans ce travail est de prouver, en nous appuyant sur nos observations et les travaux publiés, que l'opération de Wylie est le plus souvent indiquée dans les rétro-déviations utérines, qu'elle est simple, qu'elle donne des résultats immédiats et éloignés satisfaisants, et présente à notre avis, des avantages incontestables sur les autres procédés d'intervention.

Pour être complet il nous eut fallu étudier tout d'abord avec détail les différents traitements médicaux ou chirurgicaux employés pour combattre la rétroversion ou la rétroflexion de l'utérus. Une telle étude, fort intéressante en elle-même, aurait eu l'inconvénient de nous entraîner bien au-delà des limites que nous devons nous imposer.

Nous nous contenterons donc de faire un examen critique rapide des principaux traitements que l'on préconise actuellement. Ce sera l'objet du premier chapitre.

Dans un second chapitre nous décrirons avec quelque détail le manuel opératoire de l'opération de Wylie et nous dirons deux mots des procédés qui en dérivent,

Dans un troisième chapitre nous étudierons les indications et contre-indications de l'opération.

Dans un quatrième chapitre nous étudierons les suites opératoires ainsi que les résultats immédiats et éloignés.

Enfin nous essayerons de poser quelques conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Étude critique rapide des différents traitements des rétro-déviations utérines.

Deux traitements non sanglants peuvent être opposés aux rétro-déviations utérines : 1^o l'application d'un pessaire qui doit être précédée de la réduction de la déviation par l'une des méthodes habituelles (position genu-pectorale. — Manœuvre bimanuelle de Schultze. (Réduction avec la sonde), 2^o le massage.

Dans un article paru récemment dans la *Semaine gynécologique* (1), M. Pichevin, assistant de gynécologie du professeur Le Dentu, s'exprime de la façon suivante à propos de l'emploi des pessaires : « Tout utérus mobile ou facilement mobilisable peut et doit être traité par le pessaire. Il est certain qu'on ne réussit pas chez toutes les femmes atteintes de rétro-déviations, mais j'affirme qu'on obtient des résultats fort satisfaisants dans la grande majorité des cas ».

Beaucoup d'auteurs n'accordent pas au pessaire les mêmes avantages, et sans vouloir trancher cette question débattue, nous allons passer en revue les principaux

(1) *Semaine gynécologique*. N^o 47, 1899.

pessaires employés actuellement et noter pour chacun d'eux les avantages et les inconvénients.

Le pessaire annulaire de Dumontpallier aurait, dit-on, l'avantage, dans le cas de rétro-déviatiou réductible, d'amener le redressement spontané de l'utérus par la distension qu'il exerce au niveau des culs-de-sacs. Outre qu'il est le plus souvent inefficace, il a surtout le grand inconvénient de déterminer des douleurs telles que la malade en demande presque toujours l'ablation. C'est qu'en effet « il faut, pour que l'action de ce pessaire soit efficace, que la distension du vagin soit portée aussi loin que l'élasticité de ce canal le permet, sinon l'anneau élastique constituerait un corps étranger de faible importance thérapeutique (1) ».

Or dans les cas rares ou il est supportable, il est trop petit, ne tient pas en place et ne remplit nullement son rôle.

Le pessaire de Hodge à double courbure est infiniment supérieur au précédent. Employé avec succès dans un certain nombre de cas dans le service du professeur Le Dentu il conserve des partisans qui en ont obtenu de bons résultats. Malheureusement son application est loin d'être toujours aisée. S'il est trop petit il est inutile, trop grand il n'est pas supportable. Il est donc nécessaire de le choisir exactement de dimension convenable pour qu'il n'exerce qu'une pression modérée au niveau de sa partie inférieure et qu'il remonte assez haut pour

(1) AUVARD. *Dictionnaire des Sciences médicales*. T. XXIII, p. 614.

sous-tendre le cul-de-sac postérieur et accrocher solidement le col.

Enfin chez la femme dont la symphyse présentera une direction presque verticale et non oblique, le pessaire glissera hors de la vulve, le pubis ne servant plus de point d'appui.

Le pessaire en berceau, ou à simple courbure, préconisé par Schroeder (1) a peut-être l'avantage de ne pas descendre si bas que celui de Hodge, et tout en laissant plus libre l'entrée du vagin de bien soutenir sa paroi antérieure. Mais du fait même de sa simple courbure il prend une direction horizontale, agit faiblement dans le cul-de-sac et il s'en suit que l'effet produit sur la rétroversion est à peu près nul.

Le pessaire de Schultze en huit de chiffre a sans doute sur la rétro-déviatiou une action plus directe, puisqu'il maintient solidement le col. Malheureusement ce sont les parties molles qui lui servent de point d'appui et sa position n'est pas absolument constante; le moindre effort suffit à le déplacer.

Des pessaires à tige intra-utérine nous ne dirons que deux mots. En grande faveur il y a quelques années ils sont aujourd'hui complètement abandonnés. D'abord parce qu'ils sont difficilement applicables et doivent être enlevés au moment de la période menstruelle, de plus ils sont dangereux, la tige intra-utérine constituant une excellente voie à suivre pour l'infection ascendante (2).

(1) SCHROEDER. *Maladie des organes génitaux de la femme*. Traduction française, p. 178.

(2) COURTY, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, P. 682.

Nous avons vu jusqu'ici les avantages et les défauts inhérents à chaque variété de pessaire, il nous faut maintenant signaler les avantages et les inconvénients des pessaires en général.

Les avantages nous semblent minimes. Ce n'est que dans certains cas rares de rétro-déviation simple et presque indolores que l'emploi du pessaire serait indiqué.

A notre avis donc, le chirurgien ne devra jamais essayer l'application d'un pessaire de Hodge (c'est celui qui nous semble le meilleur) dans les cas de rétro-déviation compliqués d'annexite. Nous croyons même qu'une rétro-déviation simple, si elle est très douloureuse, est une contre indication à son emploi, à moins cependant que la malade se refuse à toute intervention sanglante. Il faut savoir qu'on a cité des cas de rétro-déviation non compliqués dans lesquels le pessaire n'a pu être supporté et que plusieurs fois, malgré des injections vaginales journalières, il semble avoir été la cause de métrites extrêmement rebelles. En résumé seraient passible du pessaire les seules rétro-déviation simple (sans adhérence ni annexite) et peu douloureuses. Mais même dans ce cas beaucoup d'auteurs donnent la préférence au massage.

C'est le suédois Thure Brandt qui appliqua le massage au traitement des maladies des organes génitaux de la femme (1). Avant lui des médecins avaient retiré quelques avantages de ce genre de médication, mais il fut le

(1) VANDERHAGEN. Thèse de Paris, 1894.

premier à formuler des préceptes et vulgarisa sa méthode vers 1860. Les travaux de Norstrom, Aubau, Boisleux sont les plus importants qui aient été publiés sur ce sujet dans notre pays. Tout récemment (1) Stapfer a repris la question et a cité de nombreux cas de rétro-déviation améliorées ou guéries par ce procédé. Enfin le docteur Richelot a préconisé le massage dans les cas simples, surtout s'ils sont accompagnés de ptose viscérale.

D'après les affirmations des auteurs précédents, les résultats de la méthode ont souvent été excellents et ont permis d'éviter l'intervention sanglante. Malheureusement le massage a, lui aussi, de graves inconvénients.

D'abord pendant toute la durée du traitement, souvent fort long, la malade doit observer un repos presque complet, il s'en suit qu'il ne devient applicable qu'à un nombre de femmes relativement restreint et favorisé par les circonstances. Il faut de plus pouvoir en confier la direction à des personnes expérimentées, car il consiste en manœuvres délicates et qui ne s'acquièrent que par une longue pratique. Nous ajouterons que les lésions annexielles, même légères ou en voie de résorption peuvent sous son influence subir une nouvelle poussée; elles constituent par conséquent une contre indication formelle.

Enfin, sans vouloir nous associer aux reproches extra-médicaux qu'on a fait au massage de l'utérus, il faut

(1) STAPFER, *Traité de Kinésithérapie gynécologique* (1898).

savoir qu'il existe des cas dans lesquels des personnes nerveuses ou irritables ne peuvent, sous aucun prétexte, en supporter l'application.

Abordons maintenant l'étude des traitements chirurgicaux que l'on a opposé aux rétro-déviations de l'utérus. C'est là un des chapitres les plus complexes de la chirurgie gynécologique et le nombre des procédés opératoires est considérable.

Nous n'avons pas l'intention de les énumérer tous, nous nous bornerons seulement à parler des principaux, de ceux qui, encore maintenant, se partagent la faveur des chirurgiens.

L'idée de redresser l'utérus rétrofléchi et de le maintenir en bonne position par le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds appartient à Alquié, de Montpellier, qui présenta à l'Académie de médecine un mémoire sur ce sujet en 1850. Mais c'est Alexander qui pratiqua le premier l'opération, en 1881.

La technique de l'opération d'Alexander consiste à découvrir au niveau des orifices inguinaux externes, la portion terminale des ligaments ronds qu'on libère de leurs adhérences normales au canal inguinal. Puis par des tractions exercées également des deux côtés, on tire au dehors une grande partie des ligaments ronds que l'on fixe par des sutures aux parois du canal inguinal. Nous n'insistons ici ni sur l'importance d'un raccourcissement égal des deux ligaments, ni sur les diverses manières de se comporter vis-à-vis du péritoine. Ce sont là des détails d'une grande importance mais qui sortent de notre sujet. Nous ne parlerons pas non plus des

inconvenients de l'Alexander, nous réservant d'y revenir dans l'un des chapitres suivants.

L'hystéropexie abdominale, c'est-à-dire la fixation de l'utérus à la paroi de l'abdomen fut pratiquée pour la première fois par Kœberlé (1869) et à sa suite par Schröder, Sims, Lawson-Tait, Olshausen et le professeur Terrier.

Avec le professeur Pozzi, nous pouvons distinguer trois procédés principaux d'hystéropexie.

Dans un premier procédé (Kœberlé, Klotz), on fait d'abord l'ablation des annexes et l'on fixe indirectement l'utérus à la paroi abdominale par l'intermédiaire du pédicule de l'ovaire et de la trompe.

Dans un deuxième procédé (Olshausen-Sanger), l'utérus est fixé directement à la paroi abdominale par l'intermédiaire de la portion latérale du corps utérin.

Dans un troisième procédé (Léopold-Czerny-Terrier), l'utérus est fixé directement à la plaie abdominale par la portion médiane de son corps.

Quel que soit le procédé adopté, il est tout d'abord indispensable de pratiquer la laparatomie afin de se rendre compte de la situation anormale de la matrice et de détruire, s'il y a lieu, les adhérences qui la fixent en position vicieuse.

Comment, maintenant, va-t-on disposer les fils destinés à maintenir appliqué l'utérus contre la paroi abdominale.

Les anciens auteurs avec Czerny, conseillaient de placer, tout d'abord, un fil sur la paroi antérieure de l'utérus tout près du fond, les autres fils étant disposés plus

bas à des intervalles variables. La plupart des auteurs actuels agissent autrement. Ils disposent les fils à la partie inférieure de l'utérus presque au niveau du col dans le but de fixer la partie qui, en cas de grossesse, se développe le plus tardivement.

Malgré cette précaution les avortements et les accouchements difficiles suivent souvent l'hystéropexie. Les statistiques récentes nous le démontrerons au dernier chapitre.

Les avantages de cette opération, que nous réserverons aux cas de prolapsus (voir chap. III) sont la faculté d'agir directement sur l'utérus et les annexes après l'ouverture du péritoine ; la possibilité de détruire complètement les adhérences qui peuvent maintenir l'utérus en position vicieuse. Enfin, il est évident qu'après l'opération, si les adhérences qui se produisent restent solides, si les fils ne manquent pas, l'utérus peut se trouver fixé, mieux que par n'importe quel autre moyen, dans la position que le chirurgien lui a donnée. Nous discuterons plus loin, si cette solidité même des adhérences n'est pas souvent une contre-indication à l'opération.

Les reproches qu'on a fait à l'hystéropexie sont d'abord l'extrême douleur qui suit très souvent l'opération, et notre maître, M. le professeur Monprofit nous a rapporté un cas où il fut obligé de détruire les adhérences et pratiquer l'hystérectomie totale chez une femme hystéropexiée quelques années auparavant.

Souvent aussi l'opération n'atteint pas son but, car les adhérences deviennent si lâches, que l'utérus peut re-

prendre sa position primitive et se placer de nouveau en rétroflexion.

Dudley (*la Gynécologie*, 1897) rapporte le cas d'une femme hystéropexiée quatre ans avant et présentant des adhérences lâches mesurant près de 4 centimètres. Le docteur Michaut a cité un cas où il trouva, chez une femme hystéropexiée pour prolapsus, un long ruban fibreux de 7 centimètres reliant le fond de la matrice à la paroi abdominale. Inutile d'ajouter que dans ce cas l'utérus n'était nullement soutenu.

Nous passerons sans insister sur les autres reproches qu'on a fait à cette opération, ce sont : l'occlusion intestinale résultant des fossettes créées par les adhérences relâchées, et l'incontinence d'urine.

Le vagino-fixation (suture de l'utérus au vagin) fut préconisée surtout par Richelot père, par Schucking, Mackenrodt et Dursen.

Nous retiendrons surtout les procédés pratiqués par ces derniers auteurs et par le Professeur Le Dentu.

L'utérus peut être fixé au vagin par son corps ou par son col. La vagino-fixation du corps utérin a été abandonnée par la majorité des auteurs, à cause des graves inconvénients qui en résultaient au point de vue de l'accouchement.

Aujourd'hui la plupart des chirurgiens se contentent, avec Richelot, de suturer simplement le vagin au col. Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails du manuel opératoire décrit partout : cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous contenterons simplement de critiquer le résultat.

Le docteur Pozzi a fait de la façon suivante le procès de la vagino-fixation : Ou bien l'utérus tient réellement et alors il tient trop au moment de l'accouchement, comme le prouve surabondamment les quelques observations scrupuleusement recueillies par les accoucheurs, ou bien il n'est pas maintenu suffisamment et alors elle est inutile ».

Hartman, dans un article sur l'hystéropexie vaginale arrivait aux conclusions suivantes : « Dans tous les cas ou il y a lésion inflammatoire péri-utérine (et ils sont fréquents) l'hystéropexie vaginale de Nicolets-Richelot est une opération insuffisante et vouée à un échec certain ».

Nous voulons bien admettre que des auteurs, et en particulier M. Richelot, aient obtenu de la vagino-fixation des résultats satisfaisants et leur affirmation est plus que suffisante pour que nous les considérions comme indiscutables. Toutefois les objections que l'on peut faire à cette opération restent nombreuses, nous nous contenterons de les énumérer.

D'abord il s'agit d'une opération extrêmement délicate et il suffit de l'avoir vu pratiquer pour en apprécier la difficulté. Elle est de plus aveugle et dangereuse et de nombreux cas de perforation vésicale ont été signalés. Enfin nous avons suffisamment laissé supposer les accidents de dystocie qui peuvent résulter d'une fixation trop grande pour n'avoir plus à y revenir.

Tous ces inconvénients expliquent pourquoi la vagino-fixation a été bien abandonnée, et ne reste guère actuellement qu'un procédé d'exception.

Le raccourcissement des ligaments larges a été préconisé surtout par Lawson-Taït et Imlack pour combattre les rétro-déviations utérines. D'après ces auteurs le ventre étant ouvert et l'utérus réduit, il faut faire aux ligaments larges un nombre de plis variable suivant le raccourcissement que l'on veut obtenir dans le sens transversal. La tension qui en résulte maintient l'utérus en bonne position.

Lawson-Tait conseillait de plisser le bord supérieur et interne du ligament large en comprenant dans le plissement l'extrémité utérine du ligament rond. Imlack, au contraire, conseillait surtout d'agir sur le bord externe du ligament large.

M. Delagenière, du Mans est à peu près le seul auteur qui ait adopté, après légère modification, les procédés d'Imlack et de Lawson-Tait.

Pour nous, il nous semble qu'en voulant agir sur le ligament large pour maintenir l'utérus fixé Imlack et Tait se sont absolument trompés sur la destination physiologique de ces ligaments.

Si l'on considère en effet leur faiblesse relative, leur laxité et leur grande mobilité, on s'aperçoit qu'ils n'ont nullement pour but de contribuer à la fixité utérine. Les travaux de M^{me} Boivin, Jarjavay, et Farabeuf ont prouvé au contraire que les ligaments larges servent surtout de soutien aux deux grandes voies vasculaires qui aboutissent à l'utérus ou qui en partent.

Pour Benett (1) les ligaments larges seraient surtout

(1) *Dictionnaire de médecine*, article utérus.

des organes développés protégeant les annexes : leur rôle de soutien serait nul.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés a été proposé comme méthode de traitement de la rétroversion par Kelly et Frommel (d'Erlangen). Elle consiste « à passer une suture de chaque côté du rectum au fond du cul-de-sac de Douglas, de dedans en dehors, puis profondément dans le col au niveau des insertions latérales du ligament utéro-sacré » (Pozzi). Sans doute en s'adressant à ces ligaments le chirurgien agit sur les moyens de soutien les plus puissants de l'utérus et c'est ce qui a fait dire à P. Delbet (1) cité par Naullau « que cette opération est la plus physiologique de toutes celles pratiquées contre les rétro-déviationes ».

Malheureusement elle a le grand inconvénient d'être « beaucoup plus théorique que pratique ».

D'ailleurs il est aisé de le comprendre, le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés s'oppose surtout à l'abaissement de l'utérus ; il ne peut que diminuer légèrement sans la guérir, la rétro-déviation.

Pour en avoir fini avec les divers traitements opposés aux rétro-déviationes utérines, il nous reste à étudier un dernier groupe d'opérations qui, à notre avis, ont de grands avantages sur celles que nous venons d'énumérer : nous voulons parler du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

En effet, dans toutes les déviations de l'utérus en

(1) *Ligamentopexie*, Naullau, th. Paris, 1899.

arrière, il est aisé de remarquer au moment de l'intervention que toujours les ligaments ronds sont relâchés. Un périnée défectueux des ligaments utéro-sacrés insuffisants favorisent incontestablement le prolapsus mais en tous les cas la rétro-déviatiou n'est possible que si les ligaments ronds s'y prêtent.

De plus, une fois raccourcis, leur force est assez considérable pour maintenir en bonne position un utérus qui tend à s'incliner en arrière. « Au point de vue physiologique, dit Beurnier (1), le ligament rond n'a qu'une importance très restreinte lorsque l'utérus est dans sa position normale. Il prend un rôle considérable dans les déviations en arrière et dans le prolapsus, sinon au point de vue de leur production, du moins au point de vue de leur correction et de leur traitement ».

C'est pourquoi depuis plusieurs années, avec le progrès de l'antiseptie, les chirurgiens ont tenté, après ouverture du péritoine, d'agir directement sur les ligaments ronds pour maintenir l'utérus réduit.

Il nous faut donc étudier maintenant le procédé de raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (procédé de Wylie) tel que le pratique M. le professeur Monprofit et dire quelques mots des modifications qu'ont apporté certains auteurs à la technique du chirurgien américain. Ce sera l'objet du chapitre suivant.

(1) BEURNIER. Th. de Paris, 1886.

CHAPITRE II

Nous avons traduit de l'original le manuel opératoire de l'opération de Wylie. Nous croyons devoir rapporter ici la traduction littérale du texte américain, extrait d'un article publié par Wylie dans « *American Journal of obstetric*, » en mai 1889 (1).

« Il y a trois ans, à l'hôpital de Bellevue, je fis la laparotomie dans un cas de rétroversion avec adhérences ; les trompes et ovaires étaient sains. Après avoir détruit les adhérences qui fixaient le fond de l'utérus en arrière j'eus l'idée de raccourcir les ligaments ronds dans l'abdomen en les pinçant à la partie médiane entre le pubis et la corne utérine. Attirant le ligament dans la plaie abdominale je raclai d'abord sa partie interne de façon à détruire le revêtement péritonéal. Je passai alors trois fils de soie, ayant soin de prendre avec mon aiguille la plus grande épaisseur du ligament que je pouvais. De cette façon le ligament replié se trouvait accolé intimement à lui-même. Je nouai mes ligatures sans pour cela couper ou blesser les tissus. Les deux ligaments ainsi raccourcis, le fond de l'utérus se trouvait solidement maintenu au-dessus de la vessie,

(1) G. WYLIE. *Surgical treatment of rétroversion of the uterus with adhesions, with a method of shortening the round ligaments* (*American Journal of obstetric*, T. XXII, 1889)

près de la symphyse. Les ligatures n'étaient pas assez profondes pour blesser soit la vessie soit l'uretère.

Un pessaire de Sims fut mis en place pour maintenir l'utérus et je fermai la plaie abdominale.

Le résultat fut bon et aujourd'hui l'utérus est en bonne position sans pessaire.

J'eus la chance de répéter l'opération plusieurs fois avec de bons résultats ».

M. le professeur Monprofit tout en suivant la ligne de conduite générale indiquée par Wylie, s'en écarte par quelques points de détail. C'est le manuel opératoire que nous lui avons vu pratiquer alors que nous étions dans son service, que nous allons décrire.

Instruments :

Bistouri ;
Une paire de ciseaux, droite ;
Pince à disséquer ;
Aiguille de Reverdin courbe ;
Aiguilles de Hagedorn ;
Porte-aiguille ;
Aiguille à surjet, courbe ;
Pincés hémostatiques ;
Valve abdomino-vaginale ;
Pince de Museux.

La malade ayant subi les préparatifs d'usage (purgation, grands bains, injections vaginales, pubis rasé) est soumise suivant les cas à l'anesthésie au chloroforme ou à l'éther. On donne l'éther de préférence quand il s'agit d'une personne adulte et bien portante, mais on a recours au chloroforme chaque fois que la malade est

prédisposée à la congestion pulmonaire par le fait de son embonpoint ou d'une bronchite antérieure.

L'opérée est mise dans la position de Trendelenburg, c'est-à-dire sur un plan incliné d'au moins 45°. L'antiseptie de la paroi abdominale soigneusement faite, on limite le champ opératoire par des compresses aseptiques.

Sur la ligne médiane, on mène une incision qui part du pubis et remonte au voisinage de l'ombilic, elle mesure suivant le cas de 8 à 12 centimètres. L'hémostase pratiquée suivant les règles habituelles, le péritoine est ouvert dans toute la longueur de l'incision : quelques pinces hémostatiques le repèrent de chaque côté.

La valve abdomino-vaginale du docteur Monprofit mise en place, le petit bassin se trouve dans les conditions d'éclairage les plus avantageuses, et il suffit de recliner avec des compresses stériles le paquet intestinal en bas pour se rendre compte, *de visu*, de l'état de l'utérus et des annexes.

Les trompes et les ovaires sont alors examinés avec soin et la conduite à tenir vis-à-vis d'eux varie suivant les cas qui se présentent ; nous n'avons pas à y insister ici. Parfois c'est l'ablation totale ou partielle qui sera indiquée, mais souvent aussi on aura recours à l'ignipuncture ou au massage. On s'occupe ensuite de la rétro-déviation.

Pour maintenir l'utérus en position normale on procède au raccourcissement de deux ligaments ronds en ayant bien soin que l'opération terminée aucune déviation ou torsion ne subsiste. Cette dernière, en effet, pourrait être causée par un raccourcissement plus con-

sidérable d'un côté que de l'autre et des inconvénients dont nous reparlerons pourraient en résulter.

Voici la technique du raccourcissement :

A l'aide d'une aiguille de Hagedorn, montée sur un porte-aiguille et munie d'une soie moyenne, on traverse, de dehors en dedans, le repli péritonéal qui entoure le ligament rond immédiatement au dessous de ce dernier et tout près du point où ce ligament pénètre dans le canal inguinal, c'est-à-dire à sa partie externe.

La soie est ensuite passée de dedans en dehors au-dessous de la partie interne du ligament et à deux centimètres (cela dépend du raccourcissement qu'on veut obtenir) de la corne utérine.

Il est facile de se rendre compte qu'en nouant au-dessus du ligament les deux chefs du fil on adossera les deux parties extrêmes de ligament rond. On forme ainsi une anse plus ou moins prononcée à convexité externe.

La même opération est répétée sur l'autre ligament.

Un second et un troisième point de suture peuvent être pratiqués si l'anse est trop considérable mais dans la plupart des cas cela n'est pas indispensable.

Il en est de même de l'avivement péritonéal dont parle Wylie. Nous savons en effet que deux surfaces péritonéales adossées entièrement, finissent par adhérer et c'est en partant de ce principe que la majorité des chirurgiens ont supprimé l'avivement de l'utérus dans l'hystéropexie.

La toilette de la cavité péritonéale et alors soigneusement pratiquée et les compresses abdominales retirées. Suivant son habitude, le professeur Monprofit ferme la

plaie abdominale au moyen de trois rangs de sutures ainsi disposés. Un premier rang de points séparés à la soie fine pour le péritoine, un deuxième de points séparés à la soie pour le plan musculo-aponévrotique. Quant au plan cutané, il est traité tantôt à la soie, tantôt aux crins de Florence par points séparés.

La plaie est pansée à la gaz iodoformée, comme pour toute laparotomie.

Quant au pessaire dont parle Wylie, notre Maître n'en juge pas l'application utile, un tampon de gaz peut cependant être placé dans le vagin.

Tel est le manuel opératoire de l'opération de Wylie; voyons maintenant rapidement les modifications apportées à ce procédé par différents auteurs qui ont pratiqué le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Nous emprunterons ces renseignements au livre du docteur Delagenière sur la « Chirurgie de l'utérus ».

Procédé de Ruggi (1888). — Le ligament rond étant plié et formant une anse externe, on ferme cette anse au moyen d'un surjet fait avec un fort catgut en commençant par réunir les deux points extrêmes du ligament, continuant vers le sommet, puis redescendant vers le point de départ formant ainsi un surjet double, une sorte de suture du pelletier.

Procédé de Polk (1889). Les deux ligaments ronds saisis à leur partie moyenne sont adossés l'un à l'autre et suturés sur une certaine longueur. Il en résulte la formation d'une $\times$ et le raccourcissement de chaque ligament.

Procédé de Dudley (1889). Dudley avive une por-

tion de la face antérieure de l'utérus en partant de l'insertion du ligament rond et se dirigeant vers le cul-de-sac utéro-vésical sans l'atteindre. Il isole ensuite les ligaments ronds de leur replis péritonéaux et applique cette portion dénudée sur la partie avivée de l'utérus. Il les fixe l'un à l'autre par un point de suture.

Procédé de Marcel Baudouin (1890). C'est le même que le précédent, moins l'avivement de l'utérus. On fait en somme une anse interne au ligament près de son insertion à la matrice et on suture cette anse à la partie antérieure de l'utérus.

Procédé de Mathew (1891). Le ligament rond est saisi avec deux pinces de façon à le diviser en trois parties égales.

Le raccourcissement porte sur les deux tiers externe et interne. Le tiers moyen ne participe pas au raccourcissement. En somme on a deux anses à convexités externe à chaque ligament, au lieu d'une seule.

Procédé de Jonnesko (1897). Cet auteur fait le raccourcissement comme Wylie mais y ajoute une cunéohytérectomie.

Tels sont les diverses modifications qu'on a apportées au procédé primitif, nous ne voulons ni les discuter ni les apprécier et si nous en avons parlé, c'est seulement pour être complet. Mais nous tenons à bien spécifier que tout ce que nous dirons dans ce travail se rapporte au procédé de Wylie.

Tout récemment des auteurs (Beck en Amérique) ont fixé le ligament rond à la paroi abdominale, d'autres l'ont raccourci par la voie vaginale. C'est avec intention

que nous ne parlons pas de ces procédés encore peu appliqués et qui nous entraîneraient bien au-delà des limites que nous nous sommes imposées.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

En clinique, les rétro-déviation utérines ne se présentent pas toutes sous le même aspect, mais elles affectent des formes variées qui dépendent le plus souvent de lésions utérines ou annexielles concomitantes à la rétro-déviation.

Si parfois il arrive que le chirurgien ait affaire à une rétro-déviation utérine simple, le plus souvent il y a complication de métrite, de tumeur utérine ou d'inflammation des annexes. Aussi la conduite qu'il devra tenir sera-t-elle variable et pour ainsi dire commandée par la lésion contre laquelle il intervient.

Il nous a donc semblé que pour étudier les indications et contre-indications de l'opération de Wylie nous ne pouvions mieux faire que considérer les diverses conditions dans lesquelles le chirurgien est appelé à intervenir. Cette manière de faire nous permettra de dire deux mots des indications des autres opérations qu'on a opposées aux rétro-déviation utérines et dont nous avons exposé brièvement la technique au chapitre premier.

Voici le plan que nous avons adopté :

- 1° Rétro-déviatiou simple ;
- 2° Rétro-déviatiou compliquée de ptose viscéral ;
 - a. Avec prolapsus des organes génitaux ;
 - b. Avec ptose généralisée ;
- 3° Rétro-déviatiou compliquée de métrite salpingite ou de tumeurs utérines ou annexielles ;
- 4° Rétro-déviatiou compliquée de grossesse. (Utérus gravide rétro-dévié).

1° *Rétro-déviatiou simple*. — Les rétro-déviations simples absolument indolores sont mises en doute par un certain nombre d'auteurs. D'autres les admettent. Schroeder (1) écrit à ce propos : « La matrice normale pour tout le reste se trouverait en rétroflexion permanente sans qu'il y ait aucun préjudice pour la santé ».

« Il n'est pas exceptionnel, dit Delagenière (2), de rencontrer des femmes atteintes de rétro-déviations anciennes dont elles n'ont jamais souffert ».

Pour ces cas il est à peine besoin de parler de traitement, car ce n'est qu'accidentellement que la rétro-déviatiou est découverte et bien rarement une femme acceptera de se soumettre à un traitement médical ou chirurgical, pour une lésion dont elle n'éprouve absolument aucune gêne.

Le plus souvent il n'en est pas ainsi et la rétro-déviatiou s'accompagne de douleurs vives au niveau de l'hypogastre. Le médecin est consulté, il faut instituer un traitement : lequel faut-il choisir ?

(1) Thèse de Lyon. Roland, 1888.

(2) DELAGENIÈRE. *Annales de Gynécologie*, 1890.

Les indications du pessaire sont à notre avis très limitées et nous renvoyons au chapitre premier pour tout ce qui concerne son emploi.

C'est donc sur les traitements chirurgicaux qu'il nous faut discuter ici. Ils sont au nombre de trois : l'Alexander, l'hystéropexie, le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Nous ne reviendrons pas ici sur les autres procédés que nous avons passés en revue puisque nous en avons montré l'inefficacité et les inconvénients au début de ce travail.

L'opération d'Alexander a les grands avantages suivants. Elle est absolument bénigne, elle ne nécessite pas, dans certains procédés du moins, l'ouverture de la cavité péritonéale, elle est assez souvent facile, ramène l'utérus en position que l'on peut supposer normale, elle le fixe indirectement sans le léser. Enfin elle favorise la conception et permet l'évolution de la grossesse.

Malheureusement il est indéniable que cette opération ait quelques inconvénients.

C'est une opération aveugle qui ne permet pas de se rendre compte de l'état de l'utérus et des annexes. « Or, dit Pierre Delbet, un point capital dans les rétro-déviation utérines est la fréquence des adhérences. Quelquefois on croit obtenir une réduction totale mais la paroi du rectum se trouve entraînée » (1).

C'est qu'en effet lorsque l'élément douleur entre en jeu dans la rétro-déviation, il y a le plus souvent des adhérences qui maintiennent l'utérus en arrière ; elles

(1) *Traité de chirurgie*, V. VIII.

peuvent être plus ou moins lâches et donner ainsi l'apparence de l'indépendance absolue de la matrice.

On ne peut nier en effet que souvent le diagnostic clinique est en défaut et alors qu'un examen attentif n'avait rien révélé, la laparotomie a permis de constater des adhérences péri-utérines, et des annexes profondément malades.

Voici le jugement porté par Second sur l'Alexander (1). « L'opération d'Alexander est à mon avis mauvaise dans tous les cas de prolapsus et bien rarement indiquée dans les cas de rétro-déviation. Pour trouver un cas de rétro-déviation justiciable de l'Alexander, il faut en effet rencontrer une femme qui souffre uniquement de rétro-déviation sans la moindre participation annexielle. Or vous le savez comme moi, rien n'est plus exceptionnel ». Nous acceptons entièrement cette opinion rendue indiscutable par la grande autorité de celui qui l'a émise. Elle nous servira de conclusion.

Voyons maintenant l'hystéropexie. Les avantages sont pour ainsi dire en opposition avec ceux de l'Alexander. Elle a d'abord la grande qualité d'être une opération à ciel ouvert qui permet de se rendre un compte exact de l'état des organes pelviens et de traiter des lésions qui auraient pu passer inaperçues. Elle a de plus le grand avantage d'être toujours possible.

En revanche on lui reproche de nécessiter l'ouverture du péritoine. C'est là une objection qui a beaucoup perdu de sa valeur depuis l'emploi des procédés anti-

(1) LAMORT. Thèse de Bordeaux, 1893.

septiques. On lui a objecté de plus de prédisposer aux éventrations. Cela est vrai mais le plus souvent, c'est à la suppuration causée par une faute opératoire qu'il faut l'attribuer. Dans les mêmes conditions d'ailleurs d'Alexander prédispose à la hernie.

Les reproches suivants sont à notre avis beaucoup plus fondés car les précédents peuvent s'appliquer à toute intervention nécessitant la laparotomie.

D'abord l'hystéropexie place l'utérus dans une position anormale et substitue à une rétroversion qui comprime le rectum, une antéversion qui comprime la vessie. Il en résulte une pollakiurie dont les femmes se plaignent très souvent.

Ensuite l'utérus, organe sensible, étant directement fixé à la paroi abdominale, on observe fréquemment des tiraillements douloureux fort pénibles. M. le professeur Monprofit nous a cité un cas où il fut obligé d'intervenir secondairement chez une femme hystéropexiée pour détruire des adhérences douloureuses.

Il pratiqua l'hystérectomie.

Enfin l'hystéropexie a l'immense inconvénient, chez une femme en pleine activité sexuelle, de prédisposer aux avortements, aux présentations anormales et aux insertions vicieuses du placenta.

Nous n'avons certainement pas l'intention de lui refuser toute utilité, mais comme nous le dirons bientôt, nous la réservons aux cas d'utérus prolabé.

Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds constitue, selon nous, le procédé de traitement chirurgical, idéal de la rétro-déviatiou utérine car il a

à la fois les avantages de l'une et l'autre opération sans en avoir les inconvénients.

En effet, comme l'Alexander, l'opération de Wylie place l'utérus en position physiologique et le maintient réduit sans le léser. En agissant seulement sur les ligaments ronds, elle n'a aucun inconvénient au point de vue des grossesses futures, l'utérus restant un organe libre qui peut évoluer dans l'abdomen.

Comme l'hystéropexie, l'opération de Wylie est une opération à ciel ouvert qui permet de se rendre un compte exact de l'état de l'utérus et des annexes. Elle permet par conséquent de traiter les lésions de ces organes et de procéder à leur ablation si le chirurgien le croit nécessaire.

*2° Rétro-déviatio*n* compliquée de ptose viscérale.* — Assez fréquemment la rétro-déviatio*n* se complique de ptose viscérale. Tantôt il y a simplement prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle, d'autres fois, au contraire, la ptose se complique et l'on a tout à la fois prolapsus utérin, rein mobile, ptose intestinale, hernie, etc.

Dans le premier cas, lorsqu'il y a simplement prolapsus utérin (avec rétro-déviatio*n* évidemment) les moyens médicaux sont insuffisants et ne doivent pas même être discutés. C'est à l'intervention sanglante qu'il faut avoir recours.

Or la rétro-déviatio*n* n'est pour ainsi dire qu'une affection secondaire, la principale étant constituée par le prolapsus utérin. C'est contre celui-ci qu'il faut agir et pour cela la colpo-périnéorraphie antérieure et pos-

térieure s'impose. Mais ce n'est pas tout car suivant l'expression citée dans le Dictionnaire de Médecine, si on a « refait le plancher, il faut aussi songer au plafond ».

« Songer au plafond », c'est s'adresser à l'utérus.

Quelle opération devrait-on pratiquer ?

L'Alexander, l'hystéropexie, l'opération de Wylie ?

L'Alexander ainsi que l'opération de Wylie nous semble ici absolument insuffisantes. « Le raccourcissement de ligaments ronds n'est pas comparable comme efficacité à la ventrofixation de l'utérus comme opération dirigée contre le prolapsus (1) ». Il ne s'agit pas en effet de maintenir seulement un utérus en avant par traction sur les ligaments ronds mais encore de le fixer de façon à l'empêcher de comprimer et de forcer un plancher périnéal qui n'est pas suffisamment résistant.

L'hystéropexie est assurément ici la seule opération qui convienne malgré les inconvénients que nous avons signalés.

Quand la rétro-déviation s'accompagne de ptose viscérale complexe c'est la chirurgie qui cette fois devient insuffisante car, il est évident que dans ce cas la rétro-déviation n'est que le simple accident local d'une maladie générale caractérisée par le relâchement de tous les tissus. La malade devra donc se résoudre à garder ses différentes infirmités et c'est alors que les moyens médicaux pourront rendre de grands services et déterminer une amélioration notable.

Le rein flottant sera maintenu en place par un ban-

(1) EDEBOHLS. *Gynécologie*, 1896.

dage approprié, les intestins seront relevés par une ceinture abdominale et la rétro-déviati^on accompagnée de prolapsus sera combattue au moyen d'un pessaire. Peu nous importe la forme de celui-ci pourvu qu'il soit bien toléré et qu'il tienne en place. Ce sont les deux qualités qu'il faut lui demander de remplir.

Ces différents moyens peuvent soulager la malade mais, on n'oubliera pas que pour fortifier des muscles affaiblis, le massage est tout indiqué. C'est malheureusement un traitement long et délicat que bien peu de malades sont en mesure d'accepter.

3° *Rétro-déviati^on compliquée de métrite salpingite ou de tumeurs utérines ou annexielles.* —

Ces différentes complications de la rétro-déviati^on sont extrêmement fréquentes et l'on comprend pour cette raison qu'il soit indispensable d'en tenir grand compte dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

« Les rétroflexions, dit Regnier, (1) sont le plus souvent symptomatiques de métrite ou d'annexite. Je parle d'autant plus convaincu que je suis intervenu 31 fois pour rétroflexions, 4 fois pour hystérectomie totale et 27 fois, j'ai fait la laparotomie pour hystéropexie. Dans tous ces cas, il y avait lésion annexielle ».

Très souvent, il y a simplement métrite. Si cette métrite est simplement catarrhale, on pourra en une seule séance pratiquer tout à la fois le curettage et l'opération de Wylie. Si au contraire, il s'agit de

(1) *La Gynécologie*, 1896.

métrite parenchymateuse, la conduite à tenir variera suivant les circonstances.

Si la métrite est surtout cervicale, on pourra également pratiquer l'opération de Schröder suivie du raccourcissement des ligaments ronds. Si au contraire la métrite parenchymateuse est totale, il faudra la traiter au préalable par la dilatation et l'antiseptie. Quand les symptômes de métrite auront disparu, on sera seulement autorisé à pratiquer l'opération de Wylie.

Très souvent, la rétro-déviation se complique d'annexite et alors la conduite à tenir sera différente suivant les divers degrés de cette affection.

S'agit-il simplement d'ovaires scléro-kystiques, on pourra cautériser au thermocautère les ovaires malades et raccourcir les ligaments; s'agit-il d'une salpingite, simple ou double, et donnant lieu à des phénomènes fibriles, le meilleur parti à prendre sera d'attendre que le repos au lit et les injections antiseptiques chaudes aient fait disparaître les phénomènes inflammatoires. On pratiquera ensuite l'opération de Wylie après avoir rompu les adhérences qui existent toujours dans ces cas.

Cette simple rupture des adhérences, peut faire cesser les phénomènes douloureux et l'ablation des annexes est inutile.

Quelquefois, on trouve un pyo-salpinx considérable et l'indication varie, suivant que la lésion est simple ou double.

Dans le premier cas, l'hystérectomie totale nous semble indiquée.

Quand la lésion est unilatérale il faut s'efforcer d'en-

lever complètement la poche salpingienne et remettre l'utérus en bonne position par le raccourcissement des ligaments ronds.

Il nous reste à examiner les cas dans lesquels la rétro-déviatiou se complique de tumeurs, soit de l'utérus soit des annexes.

Les tumeurs de l'utérus les plus fréquentes, celles qui nous occuperont seulement sont les fibromes.

Lorsqu'ils sont volumineux, l'hystérectomie vaginale ou abdominale est tout à fait indiquée.

Au contraire, pour les petits utérus fibromateux qui ne déterminent pas d'accidents chez des femmes jeunes et qui se refusent à la castration, on se bornera à corriger la rétro-déviatiou en raccourcissant les deux ligaments ronds.

Enfin, quand une tumeur annexielle liquide ou solide complique une déviatiou en arrière, il suffit très souvent de procéder à son ablation pour voir la rétro-déviatiou disparaître en quelque sorte spontanément. Poutant l'opération de Wylie nous semble tellement simple que le chirurgien ne devra pas selon nous, négliger ce moyen qui assure la fixité de l'utérus.

4° *Rétro-déviatiou compliquée de grossesse.* — En abordant ici la question de la rétro-déviatiou dans ses rapports avec la grossesse, nous n'avons pas en vue l'étude de l'évolution de la grossesse chez une femme déjà opérée et ayant subi l'opération de Wylie pour remédier à une rétro-déviatiou, ce sera l'objet de notre dernier chapitre. Nous voulons seulement envisager la question suivante :

Chez une femme enceinte, une déviation de l'utérus en arrière ne se réduisant pas sous l'influence de la grossesse, faut-il intervenir et quelle intervention convient-il de proposer ?

Il faut distinguer plusieurs cas qui peuvent se présenter.

D'abord, sous l'influence du développement de l'œuf, l'utérus rétro-dévié peut sortir peu à peu de la loge que lui forme le cul-de-sac de Douglas et reprendre une position normale. C'est ce qui arrive quand la rétro-déviation est survenue peu de temps avant la grossesse, et que des adhérences solides n'ont pas eu le temps de se former.

Il peut arriver aussi, Pinard et Varnier en ont cité des exemples, que les brides fibreuses se ramollissent et s'allongent. L'utérus peut alors monter dans la cavité abdominale et la grossesse suit son cours.

Il est malheureusement assez fréquent que la matrice reste en position vicieuse malgré la grossesse et il est nécessaire d'intervenir.

Treub dans un article, sur les causes de la mort dans l'incarcération de l'utérus gravide rétrofléchi, rapporte 51 cas où la femme a succombé soit à la septicémie, soit à l'urémie, à l'épuisement ou à la rupture de la vessie.

En dehors de ces cas où la mère est morte, il faut savoir aussi que l'avortement peut être causé par la rétro-déviation.

Pour toutes ces raisons, il y a souvent nécessité à agir vite et les traitements proposés sont les suivants :

Tout d'abord, le pessaire doit être rejeté de parti pris,

car il joue le rôle de corps étranger dans le vagin et provoque l'avortement. Harley (1), dans sa thèse, ramène à deux les traitements efficaces : la réduction manuelle, la cœliotomie.

« On opérera le redressement manuel, dit cet auteur, de préférence par le vagin et presque toujours avec succès.

L'irréductibilité de l'utérus rétro-dévié au cours de la grossesse est rarement observée. La seule intervention vraiment utile dans ces cas est la cœliotomie, qui n'entraîne en rien l'évolution de l'œuf et met la mère à l'abri d'accidents mortels. »

Jacobs rapporte en effet 11 cas de laparotomies chez les femmes enceintes dont l'utérus était en position vicieuse, il n'y eut qu'un seul avortement.

La laparatomie suivie de la rupture des adhérences nous semble donc bien indiquée lorsque les manœuvres externes n'en viennent pas « facilement à bout ». Mais suffit-il de réduire ainsi l'utérus sans s'occuper de le maintenir.

Harley le prétend. « Quant aux moyens de contention ils semblent inutiles, l'utérus délivré de toute adhérence se maintiendra redressé par suite de la tension que l'œuf exerce sur ses parois et parce qu'il dépasse le plan du détroit supérieur. L'hystéropexie expose à des déchirures de la paroi utérine et à des hémorrhagies. »

« Certainement nous savons que l'on doit se garder de faire subir à l'utérus gravide des opérations longues, surtout s'il n'y a pas indication absolue. Nous admettons

(1) HARLEY. Thèse de Paris, 1898.

avec Harley qu'il serait très imprudent de procéder à l'hystéropexie, pour maintenir une rétro-déviation réduite, car pendant la gestation la circulation utérine est trop active pour que l'on puisse sans danger passer des fils à travers un muscle transformé par endroits en une véritable « éponge sanguine ».

A notre avis l'opération de Wylie n'aurait pas les mêmes inconvénients car elle n'ajoute pas à la laparotomie un traumatisme qui puisse causer l'avortement. Elle laisse intacte la matrice et par conséquent ne peut produire ni hémorrhagie, ni déchirure de cet organe.

Dans nos recherches nous n'avons pu trouver de cas où l'opération du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds aient été faite dans les conditions que nous indiquons, nous ne pouvons donc pas appuyer sur des faits les idées que nous avançons.

Nous croyons cependant que quand la laparotomie est nécessaire pour détruire des adhérences l'opération de Wylie faite secondairement ne peut présenter que des avantages.

Dans tous les cas elle ne peut, à notre avis, nuire en aucune façon.

Nous ferons seulement remarquer ici qu'il est nécessaire que le raccourcissement des ligaments soit égal des deux côtés pour que l'organe soit bien maintenu en position physiologique. Une déviation trop considérable d'un côté ou de l'autre pouvant donner naissance à des présentations vicieuses.

CHAPITRE IV

Accidents opératoires. — Suites immédiates, suites éloignées. — Grossesse

Les quelques observations que nous possédons et dans lesquelles l'opération de Wylie a été pratiquée ne nous permettent pas d'apprécier d'une façon absolue les accidents qui peuvent survenir au cours de l'opération. Dans nos dix observations, en effet, nous n'avons à noter aucune complication ni aucune suite opératoire fâcheuse.

Pourtant, nous conformant à l'usage, nous étudierons dans ce chapitre les accidents possibles et nous tiendrons compte des objections qui ont été faites au sujet du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

La blessure de l'intestin a été signalée dans toutes les laparotomies, elle est donc également à redouter dans l'opération qui nous occupe. Toutefois dans les cas de rétro-déviatiou adhérente ou compliquée d'annexite elle devient particulièrement facile. Si le chirurgien garde son sang-froid, s'il on éponge aussitôt les matières qui souillent le péritoine, si de plus il fait soigneusement une suture intestinale le danger devient minime et la

guérison radicale est la règle. Mais si les précautions antiseptiques ont été insuffisamment prises, si la déchirure intestinale a été trop considérable, on peut assister à l'évolution d'une péritonite qui peut se terminer par la mort. Ajoutons que dans le cas de rétro-dévi-
tion la portion de l'intestin blessée le plus fréquemment est le rectum, ce qui s'explique par les rapports anormaux qui existent dans ce cas entre cet organe et la matrice inclinée en arrière.

De la blessure de la vessie nous ne dirons, rien car elle peut tenir à une faute opératoire qui ne dépend nullement de la rétro-dévi-
ation.

Un accident qui peut survenir à la suite de l'opération de Wylie et que les partisans de l'opération d'Alexander ont voulu mettre en relief est l'infection péritonéale : la péritonite ; comme nous l'avons déjà dit ; ce reproche a perdu une grande partie de sa valeur depuis l'application générale des procédés antiseptiques. On sait parfaitement aujourd'hui qu'on peut impunément ouvrir le péritoine sans faire courir de risque sérieux au malade pourvu que les précautions habituelles aient été prises avec grand soin.

Il n'en est pas de même malheureusement dans les cas où une salpingite complique la rétro-dévi-
ation. En effet, quelles que soient les précautions prises, quelque méthodique qu'ait été l'opération, il y a toujours un certain aléa et on ne peut jamais être certain qu'une péritonite ne surviendra pas rapidement.

Le fait n'est pas très rare, mais n'est nullement imputable au procédé de Wylie.

Tels sont les principaux accidents que peuvent suivre l'intervention, mais nous ne citerons que pour mémoire les suppurations de la cicatrice, les hémorrhagies internes, la mort subite due à un réflexe ou à une embolie. Il nous faudrait en effet passer en revue tous les accidents qui peuvent survenir dans les opérations abdominales, et nous nous éloignerions de notre sujet.

Les suites immédiates, comme le prouvent nos observations, sont très satisfaisantes, puisque un grand soulagement suit l'opération.

Les douleurs périnéales avec irradiations, à la vulve et à la face interne des cuisses disparaissent, la constipation cesse bientôt, et nous n'avons jamais observé soit l'incontinence d'urine, soit les tiraillements douloureux qui suivent souvent l'hystéropexie.

Enfin, l'état général s'améliore bien vite et la température chez nos malades, sauf une (suppuration de fils) est toujours restée aux environs de 37°

A notre avis, donc les suites immédiates de l'opération de Wylie sont très favorables.

Voyons maintenant qu'elles peuvent en être les conséquences éloignées.

Une grosse objection qu'on a fait aux opérations sur les ligaments ronds, est de donner naissance à l'obstruction intestinale.

Si des exemples ont pu être cités à la suite de l'hystéropexie (Saenger) (1) nous n'avons pas pu en trouver consécutifs à l'opération de Wylie ou à tout autre opé-

(1) *Centralblatt für Gynécologie*. P 16. K. 3.

ration sur les ligaments ronds : Il nous semble donc qu'il y ait plutôt un argument théorique qu'une objection appuyée sur des faits. On a dit que l'opération créait au devant de l'utérus une fossette profonde limitée par les ligaments raccourcis : Or de même que dans les fossettes péritonéales normales qui entourent le cœcum, une anse d'intestin peut s'engager et déterminer l'étranglement, de même dans la fossette anté-utérine, l'obstruction peut avoir lieu. Cette objection nous paraît mal fondée car pour nous, les dimensions de la fossette anté-utérine sont trop grandes pour pincer une anse d'intestin et s'opposer au cours des aliments.

Le mécanisme de l'étranglement interne pourrait cependant s'observer à la suite des opérations sur les ligaments ronds, mais il serait dû à une autre cause. Les surfaces cruentées déterminées par le décollement d'adhérences ou par l'ablation des annexes peuvent donner naissance à de nouvelles brides fibreuses qui peuvent secondairement être la cause d'étranglement. Ce fait est indiscutable mais il peut se produire dans toute laparotomie ayant pour but le traitement des organes pelviens et n'est pas particulier à l'opération de Wylie.

Un autre point faible des opérations sur les ligaments ronds, et en particulier de l'opération de Wylie, est d'exposer a-t-on dit, à l'éventration. C'est une des raisons pour laquelle des chirurgiens lui préfèrent l'Alexander. Le même reproche a d'ailleurs été fait à l'hystéropexie et à ce sujet Howitzmeier et Graef ont rapporté un certain nombre d'observations indiscutables.

Or, il est actuellement démontré que dans les laparotomies suivies d'éventrations c'est le plus souvent l'infection qu'il faut incriminer. Le même accident peut d'ailleurs suivre l'opération d'Alexander et dans ce cas la conséquence est la hernie.

Enfin comme dernière complication possible, nous citerons simplement les cas de cancer survenus dans la cicatrice quelques années après l'intervention. James Mac Cone en rapporte un exemple dans *l'Américan Journal of obstétric* de 1897. Il n'y a rien certes qui permette d'incriminer le procédé opératoire, mais nous avons tenu à citer ce fait isolé.

Parmi les suites éloignées de l'opération de Wylie, et avant de traiter le point important de l'évolution de la grossesse chez les opérées, il nous faut parler de la récurrence.

Il serait très désirable d'avoir, pour appuyer nos dires, de nombreuses statistiques ou beaucoup d'observations, dans lesquelles les opérées auraient été suivies, pendant un temps assez long pour avoir des données précises, sur l'efficacité du raccourcissement des ligaments ronds.

Malheureusement, nous n'avons pu, au sujet des résultats obtenus, retrouver aucune observation détaillée, mais seulement les affirmations des auteurs qui ont pratiqué le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

C'est ainsi que Wylie et Mathew-Duncan, dans *l'Américan Journal* (1897) citent 58 cas de raccourcissement intra-abdominal sans aucune déception.

Parmi les cas que nous rapportons, il y en a de trop

récents, pour nous permettre de formuler à leur sujet des conclusions définitives.

Toutefois, nous pouvons dire que pour toutes les opérées, il y a eu, après le soulagement immédiat qu'a procuré l'opération, une diminution progressive des symptômes de rétro-déviatiou. Pour trois d'entre elles, nous pouvons affirmer la guérison.

L'observation n° I est même particulièrement instructive et démontre bien l'efficacité de l'opération puisque la femme, après une première grossesse, n'a présenté aucun symptôme de rétroflexion.

Pour nous, il nous semble, que les faits cités plus haut sont suffisants pour entraîner des convictions et nous serions heureux que d'autres observations viennent s'ajouter aux nôtres pour donner plus de valeur à nos conclusions.

Grossesse. — A la fin du chapitre troisième, nous avons étudié la conduite à tenir en présence d'un utérus gravide rétrofléchi, nous voulons envisager maintenant la manière dont évolue une grossesse chez des femmes ayant subi l'opération de Wylie et considérer, au point de vue obstétrical les résultats que donne cette intervention comparativement à ceux fournis par d'autres opérations (v. hystéropexie).

Mais, disons tout d'abord deux mots des rapports qui existent entre la stérilité et les rétro-déviations utérines.

Si de Sinéty admet que la rétroflexion utérine a peu d'influence sur la stérilité, la majorité des auteurs pense au contraire qu'elle cause très souvent une infécondité persistante.

La flexion du corps de l'utérus peut en effet déterminer l'imperméabilité de cet organe et l'opération de Wylie en corrigeant cette courbure pathologique, permettre l'union du spermatozoïde et de l'ovule. Nous croyons pouvoir citer notre première observation comme un exemple de fécondation favorisée par l'opération.

Il s'agit d'une femme de 23 ans, souffrant d'une rétroflexion utérine. Elle était mariée depuis deux années et n'avait pas eu de grossesse lorsqu'elle vint consulter M. le Professeur Monprofit. L'opération fut décidée.

Une année après, cette femme devenait enceinte et accouchait d'un enfant à terme. Enfin nous avons appris que cette même malade était actuellement au huitième mois d'une seconde grossesse qui ne présente rien de pathologique. Cette fécondation post-opératoire n'est d'ailleurs pas un avantage exclusif au procédé de Wylie et il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations publiées à propos du traitement de la rétro-déviatiou pour constater que le maintien de l'utérus en position normale par n'importe quel moyen favorisait la grossesse impossible auparavant. Nous avons seulement voulu rappeler un fait connu et qu'une de nos observations vient confirmer de la manière la plus évidente.

Considérons maintenant l'évolution de la grossesse chez les femmes opérées pour rétro-déviatiou.

Nous ne reparlerons pas ici des inconvénients que présente la vagino-fixation, nous l'avons suffisamment critiqué au chapitre premier.

Nous nous contenterons seulement de rappeler ici que

cette opération plus souvent encore que la ventrofixation a donné lieu à des accouchements dystociques très graves. Les auteurs allemands surtout ont pratiqué cette intervention et ils ont été, de ce fait, favorisé pour en connaître les conséquences. Malheureusement, elles furent si mauvaises au point de vue obstétrical, qu'elles ont donné naissance en Allemagne à la dénomination de « vaginofixations geburt » (1) (accouchement de vagino-fixation) qui, pour les accoucheurs allemands signifie travail d'une lenteur excessive, accouchement des plus laborieux ayant souvent pour conséquence la mort du fœtus.

L'hystéropexie, pour ses partisans n'entraînerait que peu ou pas d'inconvénients pour les grossesses à venir. Il suffit cependant de feuilleter leurs travaux pour se rendre compte de la multiplicité des accidents obstétricaux chez les femmes hystéropexiées.

Certainement nous ne nierons pas la possibilité de l'accouchement chez ces opérées, des exemples en ont été rapportés par beaucoup d'auteurs parmi lesquels nous citerons MM. Routier et Marcel Baudouin.

« La grossesse après l'hystéropexie de Rivière peut bien aller jusqu'à terme, puisque sous l'influence de la grossesse, les adhérences utéro-pariétales sont susceptibles de s'allonger assez pour permettre à la grossesse d'aller à terme.

Mais on comprend que cet allongement ait des limi-

(1) Thèse de Paris, 1898. *L'hystéropexie abdominale*. Docteur Zeimet.

tes, on comprend surtout que dans certaines circonstances il ne puisse suffire, et que plus ou moins tôt se produise soit un avortement, soit un accouchement prématuré » (1).

De nombreux auteurs ont signalé des cas où la grossesse ne put être menée à terme du fait même des adhérences qui unissaient la paroi utérine à l'abdomen. Le professeur Gaulard (2), rapporte un cas où l'avortement se fit deux fois coup sur coup. Après rupture des adhérences il y eut une nouvelle conception et la grossesse put suivre son évolution sans accidents.

Goubareff, dans les *Archives de Tocologie* de 1895 ; rapporte un cas d'opération césarienne nécessitée par une hystéropexie antérieure.

Dans un cas de Von Guérard (3) une hémorrhagie utérine qui nécessita la laparatomie cessa dès que les adhérences furent rompues.

Poltewik dans trois grossesses consécutives à la rétrofixation dut faire une opération césarienne.

« J'ai vu, dit M. Doléris, plusieurs cas de grossesse pénible, j'ai observé récemment un cas de grossesse chez une hystéropéxiée où la pénétration de la tête fœtale dans le bassin au moment de l'accouchement a été retardée et rendue difficile par le défaut d'abaissement et d'extension du segment cervical sus-vaginal de l'utérus adhérent à la paroi abdominale. Dans ce fait l'utérus

(1) LÉON. *loc. citato*, page 69.

(2) LAMORT. Th. de Bordeaux, page 67.

(3) *Bulletin médical* de 1896.

avait été fixé par la portion moyenne de sa face antérieure ».

Le docteur Noble, dans un article paru en août 1891, dans « *l'American journal of obstetric* », rapporte un cas personnel dans lequel l'accouchement provoqué au dixième mois ne put être terminé que par l'opération de Porro. La mère mourut de septicémie.

Le docteur Norris (1) cite un cas où l'utérus s'était développé au niveau du détroit supérieur sans pouvoir subir le mouvement d'ascension normal, des adhérences le maintenant abaissé. Il en résultait un obstacle à l'engagement et on redouta la rupture utérine. L'accouchement se termina par un forceps laborieux. Enfant mort.

Abel, dans un cas analogue dut pratiquer l'opération césarienne.

Le docteur Noble, en collaboration avec son élève le docteur Nassau, a donné dans « *l'American Journal of obstetric* » de 1897, le résultat de son enquête en Europe et en Amérique sur les suites obstétricales de la ventrofixation.

Voici les chiffres qu'il a publiés.

Chirurgiens Américains. Sur 1006 cas de ventrofixation 198 ont été accompagnés de l'ablation des deux ovaires, dans 808 cas un des ovaires au moins fut respecté.

Ces 808 cas ont donné 56 grossesses qui peuvent se décomposer en :

1° Avortements..... 6

(1) NORRIS. *American journal obstétric*, 1897.

2 ^o Accouchements à terme ou près du terme...	43
3 ^o Femmes non délivrées au moment de la publication.....	7

Parmi les 43 accouchements à terme ou près du terme les complications du travail ont été les suivantes :

Forceps.....	3
Rétention placentaire.....	2
Opération de Porro.....	1 mort.
Septicémie (œuf mort).....	1 mort.
Accident gravido cardiaque....	1 mort.
(Travail long).	
Vomissement incurable.....	1

Dans la pratique de chirurgiens d'Europe (Allemand, Français, Anglais), le même auteur cite 175 cas de grossesse survenant après l'hystéropexie.

Il se décomposent en :

Avortements	17
Travail prématuré.....	7
Accouchements à terme..	141

Dans ces 141 cas, 18 fois le travail présenta des complications qui trois fois causèrent la mort de la mère.

Extractions artificielles.....	2
Forceps.....	8
Versions.....	5
Césariennes.....	3

Tels sont les résultats, à notre avis peu encourageants qu'a publié l'auteur américain dont voici les conclusions :

Les deux grands inconvénients de l'hystéropexie sont : 1^o D'empêcher la partie antérieure de se développer ; seule la partie postérieure doit fournir la place pour loger l'œuf. 2^o La partie antérieure est hypertrophiée et peut former une tumeur qui bloque l'entrée du bassin.

Quant à nous, nous croyons que la ventrofixation de l'utérus, considérée dans ces rapports avec la grossesse, est une opération « anti-physiologique ».

Nous voulons dire par là, qu'elle tend à gêner la fonction qui est la raison d'être de cet organe : la gestation. En créant des adhérences plus ou moins solides, elle diminue la libre évolution de la matrice, et cause l'avortement, les présentations et insertions vicieuses, les accouchements dystociques et toutes leurs conséquences. Dans la mesure du possible, il faut donc, à notre avis, éviter la fixation directe de l'utérus, et par conséquent l'hystéropexie.

Au contraire, la fixation de l'utérus en bonne position, par l'intermédiaire des ligaments ronds raccourcis, ne présente pas le même inconvénient.

L'utérus gravide libre de toute adhérence, peut se développer sans aucun obstacle. Les ligaments ronds, en effet, subissent sous l'influence de la grossesse, l'hypertrophie et l'allongement nécessaires à l'évolution de la matrice. Les rapports restent donc les mêmes qu'à l'état de vacuité, et il n'y a aucune gêne qui puisse déterminer, soit un avortement, soit une dystocie même

légère. Ce sont là des considérations théoriques. Voyons maintenant les résultats pratiques.

L'opération d'Alexander, c'est-à-dire le raccourcissement extra abdominal de ligaments ronds, bien que différant par plusieurs points de l'opération de Wylie, s'en rapproche incontestablement au point de vue obstétrical. Aussi quelques considérations à son sujet pourront peut-être nous être de quelque utilité en nous permettant d'appuyer nos conclusions sur des cas plus nombreux.

« Il est aujourd'hui parfaitement démontré, dit Pozzi, que le raccourcissement de ligaments ronds n'entrave nullement le développement normal de la grossesse et ne complique pas l'accouchement, il semble même que la déviation n'ait plus tendance à se reproduire après l'accouchement ».

Dans sa thèse (1) le docteur Lucien rapporte 12 observations de grossesses, 11 menées à terme après l'opération d'Alexander.

Le docteur Lamort (2), rapporte 6 cas de même genre avec résultats excellents.

Sur 18 grossesses, 18 se sont donc heureusement terminées et le seul insuccès à noter peut être mis sur le compte d'un surmenage évident chez une femme affaiblie. (Cas de Newmann.)

Il eut été désirable pour nous de pouvoir apporter un nombre aussi grand d'accouchements favorables ayant

(1) LUCIEN. Thèse de Nancy, 1896.

(2) LAMORT. Thèse de Bordeaux, 1894.

suivis l'opération de Wylie. Malheureusement cette intervention de date plus récente que l'Alexander et qui, il faut le dire, fut moins bien accueillie, n'a pas été pratiquée un nombre assez considérable de fois pour fournir aujourd'hui des statistiques imposantes. Dans nos recherches nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Wylie dans un article de « *l'American Journal of obstetric* » affirme l'évolution normale des accouchements observés après son opération. Nous n'avons pu retrouver aucun chiffre à cet égard.

De même Ruggi, cité par Manrique (1), parle de plusieurs grossesses qu'il observa après 80 cas de raccourcissement intra-abdominal de ligaments ronds. Elles furent normales, de même que l'accouchement et la délivrance. Nous avons la bonne fortune de pouvoir apporter une observation (obs. I) très nette dans laquelle la grossesse, l'accouchement et la délivrance ont évolué sans le moindre incident un an après l'intervention.

A notre avis donc, la rétro-déviatiou de l'utérus doit être corrigée par l'opération qui, tout en étant efficace, laissera à la femme le plus de chance de mener à bien les grossesses à venir. Pour toutes les raisons énumérées plus haut, l'opération de Wylie, bien plus que l'hystéropexie, nous semble par conséquent indiquée.

(1) MANRIQUE. Thèse de Paris, 1886.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Rétroflexion utérine. — Adhérences.

Victorine R..., 23 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 29 juin 1897.

Pneumonie à 8 ans, pleurésie gauche à 16 ans.

Réglée à 14 ans. Jusqu'à 18 ans, ses règles qui reviennent tous les vingt jours sont assez abondantes, douloureuses, et d'une durée de trois à quatre jours. Aucune douleur pendant la période intermenstruelle, pas de leucorrhée.

Depuis l'âge de 18 ans, les règles apparaissent seulement tous les trente jours, mais conservent tous les caractères qu'elles avaient antérieurement.

Mariée en 1895 à 21 ans. C'est depuis cette époque que la malade a commencé à souffrir en dehors de ses règles. Les douleurs hypogastriques et lombaires n'ont fait qu'augmenter depuis leur début et c'est pour elles que la malade entre à l'hôpital.

Examen. — Pas de grossesse ni de fausse-couche antérieure. Dernières règles le 21 juin 1897. Les douleurs, spontanées, et presque continues se font surtout sentir au niveau de l'ombilic et de la région hypogastrique avec irradiations aux lombes et au niveau de la racine des cuisses. Parfois elles augmentent d'intensité et envahissent tout le petit bassin. Le repos et la marche ne semble pas avoir d'action sur elles. La malade se plaint

d'être plus vite fatiguée qu'autrefois après un travail un peu pénible.

Les urines sont troubles et rouges, il existe une légère pollakiurie sans douleur à la miction. Pas de constipation. Les règles sont toujours régulières, pas de leucorrhée, pas de métrorrhagies.

Le palper seul ne permet pas de sentir le fond de l'utérus.

Au toucher on trouve le col dans l'axe du vagin et son orifice ponctiforme regardant légèrement en avant. Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont libres. Dans le cul-de-sac postérieur le toucher provoque de la douleur. On sent à travers la paroi vaginale une tumeur arrondie séparée du col par un sillon très net ; c'est le fond de l'utérus rétrofléchi.

Le palper combiné au toucher ne permet pas de sentir l'utérus.

L'immobilité de l'utérus et la résistance qu'on rencontre pour opérer la réduction fait porter le diagnostic de rétroflexion utérine avec adhérences.

Opération (1^{er} juillet 1897). — La malade est chloroformée et placée sur le plan incliné à 45°, on fait l'antiseptie des téguments (savon, alcool, sublimé) et le champ opératoire est isolé par des compresses antiseptiques.

Incision médiane de l'ombilic au pubis. La masse intestinale refoulée vers le diaphragme est séparée du petit bassin par des compresses aseptiques.

La valve abdomino-vaginale du professeur Monprofit, mise en place, on aperçoit nettement l'utérus rétrofléchi. La main introduite dans le cul-de-sac de Douglas détruit les adhérences ; la flexion est réduite et l'organe maintenu en bonne position par le raccourcissement des ligaments ronds.

L'intestin est refoulé à la place qu'occupait l'utérus. Toilette du péritoine

La cavité abdominale est refermée par trois plans de sutures à la fois.

Pansement iodoformé. Coton hydrophile et bandage de flanelle.

Température le soir de l'opération 38°, le lendemain 37°5, les jours suivants 37°.

Le 12 juillet ablation des fils de suture.

Le 18, la malade quitte l'hôpital.

Le toucher vaginal pratiqué on trouve le cul-de-sac postérieur libre, le col est en arrière, les douleurs ont complètement disparu.

Cette femme revue en novembre 1899, continué a se bien porter. En août 1898, c'est-à-dire un an après l'opération, elle est devenue enceinte.

Grossesse et accouchement ont évolué normalement. Elle est actuellement (novembre 1899), enceinte de trois mois et ne présente rien de particulier à noter.

OBSERVATION II

Rétroflexion utérine (adhérences).

Hélène M..., 27 ans, cuisinière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 4 septembre 1897.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 14 ans. Ses règles sont peu abondantes et très régulières. Pertes blanches.

Mariée à 19 ans en 1886, elle a eu depuis trois grossesses. La première en 1891, la deuxième en 1893, la troisième en 1895. Elles ont évolué normalement et les trois accouchements n'ont présenté aucune particularité. Au dire de la malade, les suites de couches ont toujours été bonnes, cependant c'est à la suite de son dernier accouchement qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre.

Les douleurs siègent au niveau de l'hypogastre et irradient vers les lombes et à la racine des cuisses. Elles sont spontanées et augmentent d'intensité par la marche, la fatigue et le décubitus dorsal. Les rapports sexuels sont douloureux.

Six mois environ après le début des douleurs abdominales la miction est devenue douloureuse et accompagnée d'une sensation

de cuisson qui persiste encore actuellement. Il y a trois mois, la malade a eu une hématurie abondante. Elle aurait commencé vers 3 heures de l'après-midi pour cesser vers 8 heures du soir. Pendant ce laps de temps, les mictions furent très fréquentes, d'abord toutes les demi-heures puis toutes les dix minutes. Le lendemain tout symptôme alarmant avait disparu.

Les règles sont toujours restées régulières, mais la leucorrhée a augmenté et est devenue très abondante. Pas de constipation.

Examen. — Le toucher, douloureux quand on arrive sur le col, permet de constater un très léger abaissement de l'utérus. Le col est ferme, son orifice externe en forme de fente transversale.

Rien dans les culs-de-sacs latéraux et antérieurs. Dans le cul-de-sac postérieur on sent la face postérieure de l'utérus en rétroflexion.

L'utérus n'est pas mobile et doit avoir contracté des adhérences.

Opération (14 septembre 1894). — Chloroforme. Position déclive. Antiseptie de la paroi. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Les intestins isolés par des compresses et la valve abdomino-vaginale en place on aperçoit l'utérus en rétroflexion nette, son fond, appuyé contre le rectum qu'il déprime.

Les annexes ont suivi le mouvement de l'utérus en arrière et de même que cet organe, ont contracté des adhérences. Les ovaires sont sains.

Les adhérences au cul-de-sac de Douglas détruites on saisit le fond de l'utérus avec une pince de Museux et après avoir réduit la flexion, on procède au raccourcissement des ligaments ronds.

L'utérus en bonne position, on fait la toilette du péritoine et on referme la paroi abdominale par trois plans de suture à la soie.

Pansement iodoformé ordinaire.

Suites opératoires. — Dans la journée, vomissements dus au chloroforme. Température 37,5.

Le lendemain, la malade accuse des douleurs (tiraillements) dans la région hypogastrique, deux jours plus tard elles ont disparu.

Le 22 septembre on enlève les fils et dix jours après la malade quitte l'hôpital.

Cette malade revue n'accuse plus aucune douleur et les signes de retro-déviatiou ont disparu.

OBSERVATION III

Rétroflexion utérine. — Adhérences.

Louise L..., 39 ans, cafetière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 31 mars 1898.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance. A 27 ans, hématomèse qui s'est répétée plusieurs fois depuis. Douleurs transfixantes au niveau du creux épigastrique ; on a parlé à la malade de l'ulcère de l'estomac. La région épigastrique est douloureuse au palper. État général satisfaisant.

Réglée à 13 ans. Ses règles qui viennent régulièrement tous les 25 jours sont assez abondantes, douloureuses et d'une durée de trois à quatre jours. Pas de leucorrhée.

Mariée en 1883 à l'âge de 24 ans. A 25 ans premier accouchement à terme, enfant mort.

A 31 ans fausse couche de trois mois et demi.

A 33 ans deuxième accouchement qui, d'après la malade aurait été difficile. Enfant vivant. Suite des couches fébriles.

C'est après cet accouchement, il y a 6 ans, que la malade commença à souffrir dans la région hypogastrique. Les pertes blanches abondantes apparaissent et la malade ayant consulté un médecin on lui dit de porter un pessaire qui ne procura aucun soulagement.

La miction jusqu'alors normale devint douloureuse, fréquente, et les urines sont nettement teintées en rouge. Il y a polyurie. La constipation est opiniâtre et ne cède qu'à l'usage répété des laxatifs.

Pendant ces six derniers mois les douleurs ont beaucoup augmenté et la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Le palper de la région hypogastrique est très douloureux.

Au toucher on trouve le col allongé, ses bords sont épais et la muqueuse en ectropion.

L'orifice externe a la forme transversale et regarde en avant. Les culs-de-sacs antérieurs et latéraux sont libres, seul le cul-de-sac latéral gauche présente de la sensibilité au toucher. Le cul-de-sac postérieur est refoulé par une tumeur ferme arrondie séparée du col de l'utérus par un sillon.

Les mouvements imprimés au col se transmettent à la tumeur mais sans la mobiliser.

Le toucher combiné au palper ne permet pas de sentir le col utérin.

Diagnostic. — Rétroflexion utérine, adhérente.

Opération (4 juin 1898). — Chloroforme. L'opération conduite comme celle des observations précédentes ne présente rien de particulier. On trouve bien l'utérus en rétroflexion avec adhérences et le diagnostic se trouve confirmé. Destruction avec la main des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas.

Raccourcissement des ligaments ronds. Fermeture de l'abdomen par 3 plans de suture. Pansement.

Suites opératoires. — La température s'est constamment maintenue à 37°. La malade se trouve soulagée.

Le 11 juin ablation des fils de suture. Cicatrisation parfaite.

La malade quitte l'hôpital le 18.

Cette femme revue en novembre 1899 se plaint de souffrir seulement au moment de ses règles.

Les symptômes de rétroflexion (cystite et constipation) ont disparu. En revanche l'état général semble plus mauvais. Les troubles gastriques ont augmentés et les hématuries se sont reproduites.

OBSERVATION IV

Rétroversion utérine. — Salpingo-ovarite gauche.

B..., 34 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 12 décembre 1898.

Réglée à 14 ans. Ses règles sont régulières et non douloureuses, elles ont une durée de 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée. La malade n'a jamais souffert du ventre, jusqu'à l'âge de 27 ans, époque de son premier accouchement.

A 25 ans (1899), première fausse couche.

A 26 ans (1890), deuxième fausse couche.

A 27 ans (1891), la malade devient enceinte de nouveau, mais elle mène sa grossesse à terme, et accouche d'un enfant vivant.

Rien d'anormal, au dire de la malade, pendant la grossesse et l'accouchement.

Quelques mois après cet accouchement, commencent les douleurs de la région hypogastrique, elles durent une année environ, et disparaissent complètement pendant deux ans.

A 30 ans (1894), elles reprennent sans cause connue. Depuis cette époque, jusqu'à l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu (12 décembre 1898), elles n'ont pas cessé et n'ont fait qu'augmenter de jour en jour. Les règles sont devenues très douloureuses et irrégulières. Leucorrhée peu abondante. Pas de troubles vésicaux. Constipation.

Examen. — Le palper hypogastrique réveille, au niveau de la région médiane, une douleur vive qui s'irradie aux lombes et à la racine des cuisses. De plus, il existe un point particulièrement sensible dans la fosse iliaque gauche au niveau des annexes.

Au toucher. On trouve un col allongé et à fente transversale, l'orifice externe regarde en avant. Le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit sont libres. Le cul-de-sac latéral gauche est très douloureux, et par le palper combiné, on arrive à saisir

les annexes gauches augmentées de volume et très sensibles. Le cul-de-sac postérieur est rempli par le fond de l'utérus. On ne constate pas l'angle de séparation du corps et du col caractéristique des rétroflexions : il y a continuité entre ces deux parties de l'utérus. L'utérus est immobile.

Diagnostic. — Annexite gauche et rétroversion utérine. Adhéhrences.

Opération (20 décembre 1898). — Anesthésie à l'éther. Préparatifs ordinaires. (Position de Trendlenbourg). Antiseptie de la paroi. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Au moment de l'ouverture du péritoine, blessure accidentelle de l'intestin. La partie blessée est aussitôt tirée au dehors et suturée. (Un plan de sutures muco-muqueuses, au second plan séro-séreux).

L'intestin refoulé du côté du diaphragme est séparé par des compresses, la valve abdomino-vaginale en place.

On aperçoit l'utérus en rétroversion occupant le cul-de-sac de Douglas. Les annexes du côté droit sont sains, ceux du côté gauche sont très enflammés. (Hypertrophie de la trompe et de l'ovaire. Congestion intense). Des adhérences partant de la trompe et de l'ovaire vont à l'utérus et au péritoine pariétal.

On détruit les adhérences avec la main, puis après avoir mobilisé l'utérus, on fait l'ablation des annexes du côté gauche. Pour cela, on traverse le pédicule membraneux formé par l'aileron de la trompe et de l'ovaire à l'aide de l'aiguille de Reverdin, on passe un fil de soie qu'on noue. Le pédicule cautérisé au thermocautère est fixé au ligament large.

Pour maintenir l'utérus en bonne position, on fait le raccourcissement des ligaments ronds. Celui du côté gauche très relâché doit être pris d'une part très près de la corne utérine, pour donner un résultat satisfaisant.

L'utérus en position normale, on referme la paroi par trois rangs de sutures. Pansement.

Suites opératoires. — Température, 37°5 jusqu'au huitième jour après l'opération. A ce moment, élévation subite à 39°. On attribue ce changement à un fil de suture qui a suppuré. Les fils

enlevés aussitôt, la température tombe le lendemain à 38°. Trois jours plus tard, elle était à 37°5.

La malade ne souffrant plus, sort de l'hôpital le 5 janvier 1899.

OBSERVATION V

Rétroversion utérine. — Adhérences.

Eugénie B..., 31 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 24 décembre 1898.

Réglée à 13 ans. Ses règles ont toujours été régulières, revenant tous les trente jours et d'une durée de 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée.

Mariée en 1888, à 20 ans, elle devient enceinte l'année suivante. Grossesse, accouchement, suite de couches n'auraient rien présenté de particulier. Quelques mois après cet accouchement la malade a commencé à souffrir du ventre et surtout au moment de ses règles. Cependant les douleurs étaient très supportables et la malade n'a pas consulté. Au commencement de cette année les douleurs augmentent et deviennent très vives à partir du mois d'octobre dernier. Les règles sont devenues irrégulières, il existe de la leucorrhée. La miction est normale. Pas de constipation.

Examen. — Les douleurs qui siègent toujours au niveau de la région hypogastrique sont exagérées par la pression. Elles s'irradient vers la région lombaire et les grandes lèvres. Le palper seul ne permet pas de sentir le fond de l'utérus derrière le pubis.

Au toucher on sent le col de l'utérus, de consistance et de longueur normale, qui a basculé et dont l'orifice externe regarde en avant.

Dans le cul-de-sac postérieur la face postérieure de l'utérus forme une tumeur que déprime la muqueuse du vagin. On ne sent pas le sillon séparant le col du corps, il y a donc rétroversion

complète de l'organe et non rétroflexion. En pressant d'une part sur le col de haut en bas et, en essayant de mobiliser le corps de l'utérus on obtient aucun résultat. Les culs-de-sacs latéraux, et antérieur sont libres et non douloureux.

Diagnostic. — Rétroversion utérine. Adhérente.

Opération (27 décembre 1898). — Chloroforme. Laparatomie médiane sous ombilicale. Compresse isolant l'intestin qui se place sous le diaphragme. (L'opérée étant dans la position de Trendelenburg). On place la vulve abdomino-vaginale.

Le diagnostic est confirmé. On détruit les adhérences qui cèdent facilement. On procède au raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Toilette du péritoine. Suture sur la paroi avec 3 surjets. Pansement.

Suites opératoires. — Température 37°.

Huit jours après l'opération, ablation des fils de suture. L'état local est très satisfaisant, les douleurs ayant disparu.

La malade sort de l'hôpital le 9 janvier 1899.

OBSERVATION VI

Rétroflexion utérine. — Ovarite du côté droit.

Madeleine B..., 35 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 12 mars 1898.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Réglée à 13 ans, les règles ont été irrégulières, présentant des retards de plusieurs semaines. Leucorrhée.

Mariée à 22 ans, elle n'a eu ni grossesse ni fausse couche. Depuis son mariage elle a souffert dans le ventre mais d'une façon supportable jusqu'à ces dernières années. Il y a trois ans les douleurs se sont accentuées tout d'un coup et surtout au niveau de la fosse iliaque droite où elle avaient été peu sensible jusqu'alors. Au moment de ses règles la malade doit garder le lit plusieurs

jours. La leucorrhée a beaucoup augmenté. Pas de constipation. Miccion normale.

Examen. — Au palper toute la partie inférieure de l'abdomen est douloureuse. Mais par la pression avec un seul doigt on réveille dans la fosse iliaque droite une douleur « exquise ».

Au toucher, on trouve le col normal il peut être légèrement porté en avant. Les culs-de-sacs antérieur et latéral gauche ne présentent rien à noter. En touchant profondément dans le cul-de-sac latéral droit on réveille la même douleur « exquise » qu'au palper sans pourtant sentir nettement les annexes hypertrophiées. Le cul-de-sac postérieur est déprimé par le fond de l'utérus en rétroflexion. On sent l'angle formé par la réunion du col et du corps utérin.

Diagnostic. — Inflammation des annexes à droite avec rétroflexion utérine.

Opération (14 mars 1899). — Anesthésie, éther, antiseptie, ouverture de la paroi. Mise en place de compresses isolant l'intestin et de la valve abdomino-vaginale. Les annexes du côté gauche sont normaux, la trompe du côté droit paraît saine, l'ovaire droit est beaucoup plus petit que celui du côté opposé et présente une sclérose manifeste.

L'utérus est libéré de ses adhérences très légères au cul-de-sac de Douglas et on en réduit la flexion. Le chirurgien enlève alors l'ovaire droit et maintient l'utérus en bonne position par le raccourcissement des ligaments ronds. Toilette du péritoine.

Suture de la paroi en trois plans, les profonds à la soie fine et à points séparés.

Suture de la peau aux crins de florence.

Pansement.

Suites opératoires. — Température le soir de l'opération 37°9. Deux jours après 37°, ablation des fils le neuvième jour.

La malade a souffert de moins en moins et pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital n'a accusé aucune douleur.

Sortie le 3 avril 1899

OBSERVATION VII

Rétroflexion utérine. — Ovarite.

Jeanne B..., 21 ans, ouvrière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 23 mars 1899.

Réglée à 15 ans. De 15 à 16 ans règles régulières. De 16 à 17 ans aménorrhée. Troubles digestifs avec hémorrhagies supplémentaires du côté de l'estomac. A 17 ans, péritonite.

Après la guérison de sa péritonite elle est prise de douleurs très vives dans les fosses iliaques ; la pression, la marche, la fatigue les exagère.

Étant dans l'impossibilité de continuer son travail, la malade s'alite pendant trois mois. Le mieux se fait sentir mais aussitôt la vie régulière reprise les douleurs recommencent.

A 18 ans, rechute qui tient la malade alitée pendant 5 mois.

Au mois de décembre 1898, elle entre à l'hôpital parce que ses douleurs sont devenues plus intenses : On lui fait des pointes de feu au niveau de la région hypogastrique. Au bout de quelques semaines de repos, elle va beaucoup mieux et sort de l'hôpital ne souffrant plus. Aussitôt qu'elle reprend ses occupations, nouvelles douleurs. Elle rentre alors le 23 mars 1899 à la Clinique chirurgicale.

Examen. — Ne donne rien de précis. Les douleurs que la malade accuse sont exagérées par la pression. Elles sont très vives dans les fosses iliaques, moins sur la ligne médiane.

Au toucher les culs-de-sac latéraux sont douloureux, sans qu'on puisse trouver de tumeur les déprimant. Le cul-de-sac postérieur est libre, le cul-de-sac antérieur aussi. Col normal.

Opération (25 mars 1899). — Anesthésie. Éther. Position déclive. La paratomie médiane sous-ombilicale. Compresse pro-
tégeant l'intestin. Valve abdomino-vaginale.

Dans le petit bassin on aperçoit l'utérus de volume normal présentant un léger degré de rétroflexion. Pas d'adhérences.

Les ovaires ne sont pas augmentés de volume, mais, à leur surface on aperçoit quelques petits kystes qu'on enlève. Trompes saines. Pas d'adhérences.

On fait la transfixion des ovaires et leur massage. Pour corriger le léger degré de rétroflexion, on fait le raccourcissement de ligaments ronds et l'utérus est maintenu en anté-flexion normale.

Toilette du péritoine. Suture de la paroi en trois plans :

1^e plan. Surjet à la soie fine.

2^e plan. Soie à points séparés.

3^e plan. Crins de Florence.

Pansement

Suites opératoire. — Température le soir de l'opération, 37°7 qui descend vite à 37° pour remonter vers le 5^e jour à 38° et s'y maintient. On renouvelle le pansement et on s'aperçoit que quelques fils ont suppurés. On les enlève et la température s'abaisse pour se maintenir aux environs de 37°

Tantôt l'opérée se trouve bien, tantôt elle accuse des douleurs au niveau de l'ovaire droit. Le palper ne révèle rien d'anormal dans cette région. Le 10 mai, après être restée vingt jours sans éprouver aucune douleur, la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Rétroflexion utérine. — Annexite droite.

Louise C..., 21 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 27 juin 1899.

Réglée à 14 ans. Ses règles sont très régulières, pas douloureuses, d'une durée de 8 à 9 jours. Jamais de leucorrhée.

Il y a deux ans, cette femme devient enceinte et accouche normalement sans que la grossesse ait rien présenté de particulier. Elle avait, dit-elle, avant son accouchement, une grosseur au niveau de la région hypogastrique, elle aurait disparu depuis.

Actuellement, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre avec irradiations aux lombes et dans les cuisses. Elles sont presque continues, mais exagérées par les règles, surtout durant les premiers jours. La malade n'a jamais eu d'hémorrhagies, jamais de leucorrhée. Elle se plaint de constipation et de vives douleurs au moment de la défécation. Les envies d'uriner sont fréquentes et suivies d'une sensation de cuisson qui se prolonge assez longtemps.

Examen. — Le palper hypogastrique réveille de la douleur au-dessus du pubis, sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque droite. Rien à gauche. De plus on n'arrive pas à sentir par le palper le fond de l'utérus à sa place habituelle.

Le toucher permet de constater très nettement les signes de la rétroversion utérine (cul-de-sac postérieur refoulé par le fond de l'utérus ; sillon séparant le corps du col). Le col ne présente rien de particulier. Le cul-de-sac latéral gauche normal, le droit est très douloureux, et de ce côté on réussit à sentir par le toucher combiné les annexes hypertrophiées et très douloureuses. Rien dans le cul-de-sac antérieur.

Le diagnostic est donc : annexite droite avec rétroflexion utérine.

Opération (27 juin 1899). — Anesthésie. Ether. Laparatomie médiane. Position déclive.

Le ventre ouvert, on constate une hypertrophie des annexes à droite, l'ovaire est kystique. Annexes gauches normaux. L'utérus est en rétroflexion et son fond forme une dépression sur la face antérieure du rectum. Il n'y a pas d'adhérences. On procède d'abord à l'ablation de la trompe et de l'ovaire droits. Pour cela, on passe à l'aide de l'aiguille de Reverdin un fil de soie qui enserré l'aillon de l'ovaire et l'origine utérine de la trompe. On sectionne, on cautérise le pédicule au thermocautère.

Pour corriger la rétroflexion, on réduit d'abord la courbure, puis on fixe l'utérus en bonne position, par le raccourcissement des ligaments ronds.

Toilette du péritoine. Suture de la paroi en trois plans. Pansement.

Suites opératoires : Température, le soir de l'opération 37°8. Le quatrième jour, la température est redevenue normale, et continue à se maintenir à 37°.

Premier pansement le huitième jour. Ablation des fils le quinzième.

La défécation et la miction sont devenues normales, et la douleur qui a persisté quelques jours, a complètement disparu au moment où la malade quitte le service le 20 juillet 1899.

OBSERVATION IX

Rétroflexion utérine. — Ovaires kystiques.

Marthe R..., 25 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers le 17 octobre 1899.

Réglée à 13 ans. — Règles régulières, très abondantes durant 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée.

Trois grossesses, les deux premières pénibles mais la dernière, il y a deux ans, fut très mal supportée. Accouchement laborieux au dire de la malade et suivi d'une hémorragie grave. Séjour au lit pendant un mois.

Depuis cette époque la malade souffre toujours dans le bas ventre, de la région hypogastrique la douleur s'irradie sur l'anus. Constipation et douleurs à la défécation. La miction est normale.

Depuis deux mois la marche est devenue très pénible et accompagnée d'une sensation de pesanteur au périnée. La malade croit que son utérus va tomber.

Les règles reviennent maintenant tous les 15 jours, elles durent parfois huit à neuf jours.

Examen. — Le palper est douloureux surtout à gauche.

Au toucher le col est normal et légèrement basculé en avant. Les culs-de-sacs latéraux sont douloureux.

Dans le cul-de-sac postérieur on sent le fond de l'utérus en rétroflexion manifeste et son immobilité absolue fait porter le diagnostic de rétroflexion adhérente.

Opération (28 octobre 1899). — Anesthésie éther et chloroforme. Laparatomie médiane. Dans le cul-de-sac de Douglas on trouve le fond de l'utérus rétrofléchi et contracté, des adhérences nombreuses avec la paroi antérieure du rectum et le fond du cul-de-sac. On détruit ces adhérences qui cèdent au doigt. On réduit la flexion.

Les deux ovaires sont kystiques. L'ovaire droit très gros contient un kyste de la grosseur d'une noix. Ouverture du kyste qui contient un liquide clair, excision de deux autres petits kystes situés tout à côté du gros. Réunion des deux lèvres de la plaie avec un surjet de soie fine. Le volume de l'ovaire droit se trouve ainsi réduit des $\frac{3}{4}$. L'ovaire gauche présente près du pavillon de la trompe deux petits kystes du volume d'une noisette. Ligature à soie et excision. L'ovaire a contracté des adhérences dont on le libère.

Le chirurgien fixe alors l'utérus en position normale par le raccourcissement des ligaments ronds. Le résultat opératoire est très satisfaisant et l'utérus est complètement redressé.

Toilette du péritoine. Surjet de soie au péritoine. Points séparés pour le muscle droit et l'aponévrose. Surjet de soie à la peau. Pansement.

Suites opératoires. — Température 37° 3.

Rien à signaler. Les fils sont enlevés le 4 novembre la plaie est très belle

La malade dont les douleurs au niveau de l'anus ont complètement disparu et dont les douleurs hypogastriques ont beaucoup diminué sort de l'hôpital le 19 novembre 1899

OBSERVATION X

Rétroflexion utérine.

Eugénie B..., 28 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le 29 novembre 1899.

Réglée à 13 ans, la malade eut toujours irrégulièrement ses règles jusqu'à son mariage, elles étaient parfois très douloureuses, d'une durée de 3 à 5 jours.

Mariée à 20 ans, elle a eu 5 grossesses.

La première normale, ainsi que l'accouchement.

La deuxième fut suivie d'une période de fièvre qui dura trois semaines. C'est à cette époque (1894), que la malade fait remonter le commencement de ses douleurs dans le côté gauche du ventre.

Les trois autres accouchements ont été normaux.

Entre ses accouchements, les règles étaient très irrégulières, avec des retards de plusieurs mois.

Depuis la fin de juillet dernier, (cinquième accouchement), les douleurs ont beaucoup augmenté, surtout dans les reins.

Il faut signaler quelques pertes blanches, sans grande abondance. Pas de constipation.

Examen. — Le palper réveille et exagère les douleurs qui siègent au-dessus du pubis, sur la ligne médiane avec irradiations dans les reins. Au niveau de la fosse iliaque gauche, on sent un cordon de la grosseur et de la consistance d'une trompe hypertrophiée.

Au toucher, culs-de-sacs latéraux douloureux, surtout à gauche.

Cul-de-sac postérieur, repoussé par l'utérus en rétroflexion. Utérus très mobile. Le col est normal.

Opération (14 novembre 1899). — Chloroforme. Antisepsie. Incision sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis. Section de droite et des aponévroses. Ouverture du péritoine. La valve abdomino-vaginale mise en place, on aperçoit l'utérus en rétroflexion

sans adhérence, les annexes sont normaux. Massage des ovaires.

En raison de la grande laxité des ligaments ronds, on procède à leur raccourcissement pour maintenir en bonne position l'utérus dont la fléxion a été réduite. Toilette du péritoine. Suture en surjet de soie au péritoine. Points séparées pour les muscles et l'aponévrose. Surjet de soie à la peau. Pansement.

Suites opératoires. — Température 38° le jour de l'opération ; 37°7 deux jours après. Le quatrième jour, 37°.

Ablation des fils le 22 novembre.

Le malade ne souffre plus le huitième jour, et quitte l'hôpital le 2 décembre 1899.

CONCLUSIONS

1° L'intervention chirurgicale nous paraît indiquée dans tous les cas de rétro-déviation utérines, douloureuses, simples ou compliquées, à part les cas survenant chez des personnes atteintes de ptose viscérale généralisée. On n'interviendra pas non plus chez les malades trop débilitées ou trop âgées. Dans beaucoup de ces cas le massage et les pessaires trouveront leurs indications.

2° Parmi les différentes interventions proposées, celle du raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé de Wylie) nous paraît supérieure aux autres opérations pratiquées jusqu'ici : l'Alexander, la vagino-fixation, l'hystéropexie. Elle permet en effet d'agir sur les annexes qui le plus souvent sont malades.

L'hystéropexie restera seulement indiquée dans les cas de rétro-déviation accompagnée de prolapsus utérin.

3° Le manuel opératoire de l'opération de Wylie est extrêmement simple, aussi les accidents n'ont-ils pas encore été signalés.

4° Les suites immédiates et éloignées sont très satisfaisantes dans les observations, dont les malades ont pu être suivies quelque temps.

5° Enfin, pas plus que l'opération d'Alexander, celle de Wylie ne semble gêner l'évolution de la grossesse. Elle la favorise au contraire, la laisse aller jusqu'à terme, et dans un cas que nous avons observé la récurrence ne s'est pas produite.

Vu : par le président de la thèse,

TILLAUX

Vu

Par le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aran.** Traité des maladies de l'utérus.
- Auvard.** Traité de Gynécologie, 1894.
- Baudoin (M).** Hystéropexie abdominale antérieure, 1890.
— *Gazette des Hôpitaux*, 1890.
- Beurnier.** Ligaments ronds de l'utérus. Th. de Paris, 1887.
- Blanc.** De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale. Th. de Lyon, 1897.
- Courty.** Traité des maladies de l'utérus, 1881.
- Delbet (P).** Des suppurations pelviennes chez la femme.
— Traité de chirurgie. T. VIII.
- Delagenière.** Chirurgie de l'utérus.
- Dolérís.** *Nouvelles archives de Gynécologie*, 1889.
- Dumoret.** Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. Th. Paris, 1889.
— *Gazette des Hôpitaux*, 1889.
- Godinho.** Traitement des rétro-déviation utérines. *Gynécologie*, 1889.
- Harlay.** Rétro-déviation de l'utérus gravide. Th. Paris, 1898.
- Jacobs.** *Bulletin de la société belge de Gynécologie*, 1897.
- Lamort.** De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. Th. de Bordeaux. 1894.
- Le Dentu.** De la colpo-hystéropexie antérieure au point de vue de la grossesse. Th. de Lyon, 1894.
- Manrique.** Etude sur l'opération d'Alexander. Th. de Paris, 1886.
- Naulleau.** Ligamentopexie. Th. Paris, 1899.

Norstrom. Le massage de l'utérus, 1889. •

Pozzi. Traité de Gynécologie, 1897.

— *Bulletin médical*, décembre 1898.

Roland. Du traitement des rétro-déviations utérines adhérentes.
Th. de Lyon, 1888.

Schultze. Traité des déviations utérines.

Treub. Des causes de la mort dans l'incarcération de l'utérus
gravide rétrofléchi. *Archives d'obstétrique*, 1892.

Wylie. Sur le traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. *American Journal of obstetric*.

Zeimet. Les résultats de l'hystéropexie abdominale.

